**Expression de besoins des**

**données de la base principale du SNDS**

A compléter si votre projet nécessite une extraction de données de la base principale du SNDS

Ce formulaire doit obligatoirement être rédigé en français

Le périmètre de l’extraction sera établi sur la seule base de ce formulaire et le cas échéant, de l’autorisation CNIL

**Création : JJ/MM/AAAA**

**Version : JJ/MM/AAAA**

**Statut :** ☐ **Soumis CESREES ou CPP /** ☐ **Soumis CNIL**

**Responsable de traitement du SNDS en charge de la mise à disposition :** ☐ **CNAM / ☐ HDH**

| **Spécifications générales de la demande :**   * **Titre du projet** : * Acronyme du projet : * Type de traitement :   ☐ Nouveau traitement  ☐ Modification du traitement initial (dans le cadre d’une modification substantielle) | |
| --- | --- |
| **Références du projet** | N° de dossier de Démarches Simplifiées (sauf CPP) : |
| **Références réglementaires\***      *\*A compléter une fois l’autorisation de la CNIL obtenue* | Date du ou des avis du CESREES ou du CPP :  Numéro(s) de demande(s) CNIL : [N°]  N° et date(s) de ou des autorisations CNIL : [DR-AAAA-xxx] datant du [date] ([en cas de modification(s) substantielle(s)] modifiée par [DR-AAAA-xxx] datant du [date])  ou  Accord tacite [à partir du [date]] |
| Identité du ou des Responsables du traitement (RT) | **Responsable du traitement :**  Organisme ou Société :  Adresse du siège social :  Représenté par :  Nom, Prénom :  Fonction :  Adresse mail :  N° Tél : |
| Identité du Responsable de la mise en œuvre du traitement de données (RMOT) – *laboratoire de recherche ou bureau d’études*  *(si finalités interdites)* | **Responsable de la mise en œuvre du traitement :**  Organisme ou Société :  Adresse du siège social :  Représenté par :  Nom, Prénom :  Fonction :  Adresse mail :  N° Tél : |
| Identité du contact opérationnel | **Contact opérationnel :**  Nom, Prénom :  Organisme ou Société :  Adresse mail :  N° Tél : |
| Composantes de la base principale du SNDS demandées et années d’extraction demandées à la CNIL\* :  *\* Si l’autorisation de la CNIL venait à autoriser un périmètre différent de celui demandé, le responsable de traitement devra ajuster l’EDB en conséquence et la transmettre à la CNAM et au HDH.* | ☐ DCIR (Assurance Maladie), Années : [AAAA-AAAA]  ☐ PMSI (ATIH), Années : [AAAA-AAAA]  ☐ Causes médicales de décès (CépiDc), Années : [AAAA-AAAA]  ☐ Vaccin COVID, Années : [AAAA-AAAA]  ☐ SI-DEP, Années : [AAAA-AAAA]  ☐MDPH (CNSA), Années : [AAAA-AAAA]  Durée d’accès aux données demandée : [Nombre d’années] ans  ☐ A partir de la mise à disposition initiale des données  ☐ A partir de la dernière mise à disposition des données |
| ☐ Ciblage  Et/ou  ☐ Appariement avec une source de données externe  Et/ou  ☐ Témoins | En cas de ciblage :   * Critères de ciblage par population à mettre en œuvre (préciser : code(s) CIM10, tranches d’âges, code(s) ATC/CIP, périmètre géographique…)\* :     Inspirez-vous de la structure suivante :   * Tranche d’âge : * Critère 1 : [Détaillez le critère de ciblage]   + Codage médical : [CIM10/CCAM/LPP/CIP etc.]   + Liste des codes :   + Période de ciblage : [JJ/MM/AAAA]-[JJ/MM/AAAA] \*\*   [ET/OU]     * Critère 2 : [Détaillez le critère de ciblage]   + Codage médical : [CIM10/CCAM/LPP/CIP etc.]   + Liste des codes :   + Période de ciblage : [JJ/MM/AAAA] -[JJ/MM/AAAA] \*\*     [ET/OU]   * Critère N : [Détaillez le critère de ciblage]   + Codage médical : [CIM10/CCAM/LPP/CIP etc.]   + Liste des codes :   + Période de ciblage : [JJ/MM/AAAA] -[JJ/MM/AAAA] \*\*     *\*En cas de plusieurs critères, préciser les imbrications. Par exemple : (critère 1 ET critère 2) OU critère N.*  *En cas de plusieurs populations, préciser les critères et périodes de ciblage séparément pour chaque population et préciser si elles sont disjointes ou non. Par exemple : population 2 = critère X et pas dans population 1 (populations disjointes).*  *\*\*Fenêtre temporelle sur laquelle les critères de ciblage sont appliqués pour sélectionner votre population d’étude. La période de ciblage peut être différente en fonction des critères de ciblage, détaillez le cas échéant. La période de ciblage n’est pas nécessairement identique à la période d’extraction.* |
| En cas d’appariement :  ☐ Projet monocentrique  ☐ Projet multicentrique - Préciser le nombre de centres participants : [Nombre de centres participants] :   1. En cas d’appariement déterministe indirect avec une source de données externe :   ☐ Appariement déterministe indirect réalisé (choix unique) :  ☐ par un responsable de traitement de la base principale du SNDS  ☐ sous la responsabilité du responsable de traitement de l’étude (ie. le porteur de projet)  Effectif de la population à apparier : [Nombre de patients]   1. En cas d’appariement déterministe direct avec une source de données externe :   ☐ Appariement déterministe direct :  ☐ via l’utilisation du NIR :  ☐ avec reconstitution du NIR à partir des données d’état civil  Préciser le ou les référent(s) technique(s) autorisé(s) à transmettre les NIR ou les données d’état civil ci-dessous :  Nom, Prénom :  Organisme ou Société :  Adresse mail :  N° Tél :  Nom, Prénom :  Organisme ou Société :  Adresse mail :  N° Tél :  Effectif de la population à apparier : [Nombre de patients] |
| En cas de population(s) témoin(s) :   * Critères de ciblage des témoins appliqués par la Cnam (préciser : tirage au sort, critère de sélection, exclusion des cas…) : * Ratio cas/témoin : [1:N] soit [Nombre de personnes attendues] personnes attendues * Période de ciblage des témoins : [JJ/MM/AAAA] -[JJ/MM/AAAA] |
| Identifiants potentiels souhaités | |  | Identifiants potentiels (à cocher si justifié dans le protocole) | Variables fournies par défaut | | --- | --- | --- | | Date de naissance | ☐ MM/AAAA | AAAA | | Date de soins | ☐ JJ/MM/AAAA | MM/AAAA | | Date de décès | ☐ JJ/MM/AAAA | MM/AAAA | | Lieu de résidence | ☐ Commune\* | Département | | Lieu de décès\*\* | ☐ Commune | Département |   *\*à cocher, entre autres, en cas de demande de l’indice de défavorisation au niveau des Champs d’extraction (case Autre)*  *\*\*restitué seulement en cas de demande d’accès aux causes de décès* |
| Champ d’extraction et périodes à extraire | **Données de consommations individuelles (DCIR), Période : [AAAA-AAAA]**  ☐ Tables des prestations (ER\_PRS\_F)  Tables affinées :  ☐ Toutes les tables affinées  **OU**  ☐ ER\_ARO\_F  ☐ ER\_BIO\_F  ☐ ER\_CAM\_F  ☐ ER\_DTR\_F  ☐ ER\_ETE\_F  ☐ ER\_INV\_F  ☐ ER\_PHA\_F  ☐ ER\_RAT\_F  ☐ ER\_TIP\_F  ☐ ER\_TRS\_F  ☐ ER\_UCD\_F  **OU**  ☐ Aucune table affinée  ☐ Référentiel des bénéficiaires (IR\_BEN\_R)  ☐ Référentiel médicalisé (IR\_IMB\_R) (la période sera alignée sur celle de DCIR)  **Données d’hospitalisation (PMSI), Période : [AAAA-AAAA]**  ☐ Tous les champs PMSI  **OU**  ☐ PMSI-MCO  ☐ PMSI-HAD  ☐ PMSI-SSR/SMR  ☐ PMSI-RIM-P  **OU**  ☐ Aucun champ PMSI  ☐ **Causes de décès, Période : [AAAA-AAAA]**  ☐  **Vaccin COVID (IR\_VAC\_F), Période : [AAAA-AAAA]**  ☐ **Dépistage COVID SI-DEP (DE\_DEP\_F), Période : [AAAA-AAAA]**  ☐ **MDPH, Période : [AAAA-AAAA]**  Autres :  ☐ Référentiel Pharmacie (IR\_PHA\_R)  ☐ Indice de défavorisation FDep\*\*\*  ☐ Cartographie des pathologies \*\*\*  *\*\*\*Par défaut, les versions les plus récentes de l’indice de FDep et de la cartographie seront restituées* |
| Fréquence cible de traitement\*  *\*Les fréquences demandées pour les traitements sont des fréquences indicatives et non impératives* | ☐ Unique    ☐ Périodique :  Ciblage / témoins - Nombre de livraisons : [N]   | N° de livraison | Période de ciblage | Période d’extraction\*\* | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   *\*\*Conformément à l’autorisation obtenue par la CNIL*  Appariement avec une source externe des données – Nombre de livraisons : [N]  ☐ Cohorte ouverte  ☐ Cohorte fermée |
| **Modalités de restitution** | ☐ **Espace projet dans le portail SNDS de la CNAM**  Dans un libname SAS via le profil SNDS n°117 :  DMX[Compléter les 5 caractères maximum]  *(DMX suivi de 5 caractères maximum)*  Espace projet accessible aux seules personnes habilitées  **OU**  ☐ **Espace projet sur la plateforme technologique du HDH**  **OU**  ☐ **Système fils\* du SNDS**  \*homologué au référentiel de sécurité  Nom de la bulle du système fils :  Gestionnaire du système fils :  Organisme ou Société :  Adresse du siège social :  Représenté par :  Nom, Prénom :  Fonction :  Adresse mail :  N° Tél :  Personne référente pour la réception des données  Nom, Prénom :  Adresse mail :  N° Tél :  Modalité privilégiée de restitution des données par le gestionnaire du système fils :  ☐ Disque dur (en fonction de la volumétrie)  Fourniture obligatoire d’un disque dur et d’une clé GnuPg  ☐ Plate-forme de téléchargement sécurisée (compatible Cnam)  Format des données restituées :  ☐ SAS  ☐ CSV |